Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Lane Medical Library

Über

die Wendung bei engem Becken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät in Kiel

vorgelegt

von

J. Reese,

approb. Arzt aus Neumünster.

Opponenten:

Herr cand. med. **Cramm.**

Herr cand. med. **Gottberg.**

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig

1891.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Über

die Wendung bei engem Becken.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät in Kiel
vorgelegt
von

J. Reese,
approb. Arzt aus Neumünster.

Opponenten:

Herr cand. med. **Cramm.**
Herr cand. med. **Gottberg.**

Kiel.
Druck von Schmidt & Klaunig
1891.

Nr. 59.
Rectoratsjahr 1891/92.

Referent: Dr. **Werth.**

Druck genehmigt: Dr. **Heller,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in herzlicher Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0273

Zu den offenen Fragen in der modernen Geburtshülfe gehört noch immer die der prophylaktischen Wendung bei engem Becken. Die älteren Geburtshelfer, welche noch nicht im Besitz der Kopfzange waren, kannten nur die Alternative zwischen Perforation und Wendung in durch Beckenenge erschwerten Geburtsfällen und dabei bestehender Schädellage. Einen ausgedehnten Gebrauch von der Wendung auf Grund der in Beckenenge gegebenen Indication machte namentlich de la Motte. — Später nach Bekanntwerden der Kopfzange trat zu Gunsten dieser die Wendung beim engen Becken mehr in den Hintergrund. Zugleich erwuchs diesem Verfahren in der Einführung der künstlichen Frühgeburt ein sehr wesentlicher Konkurrent. — In Deutschland wurde in diesem Jahrhundert namentlich durch den Einfluss von Boer und später von Michaelis die Wendung bei engem Becken mehr und mehr verlassen. Erst durch das Eintreten Simpsons gelangte sie wieder mehr in Aufnahme und fand in Scanzoni, Hohl, Martin und besonders Schröder eifrige Verfechter.

Namentlich Simpson gebührt das Verdienst für die mechanischen Vorteile der Geburt mit nachfolgendem Kopfe bei engem Becken eine wissenschaftliche Begründung versucht zu haben. Simpson führte aus, dass der Durchgang des nachfolgenden Kopfes durch das enge Becken gegenüber der Geburt bei Schädellage deshalb leichter sein müsse, weil in dem ersteren Falle die schmälere Schädelbasis zuerst in die Enge hineingelangt und so dem nach oben freiliegenden breiteren Schädelgewölbe die Möglichkeit gegeben sei, sich rasch zu configurieren d. h. unter dem Einfluss des Gegendruckes im Becken sich in der Axe des Geburtskanals zu verlängern unter Abnahme der dem Widerstande ausgesetzten Durchmesser.

Schon früher hatte Osiander den Umstand, dass der Kopf mit dem Kinn voran in Keilform mit abwärts gerichteter Spitze sich in das Becken einführen lasse als wesentlichen Vorzug der Geburt mit nachfolgendem Kopfe bei engem Becken bezeichnet.

Trotzdem nun in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts durch die Veit zu verdankende Wiederaufnahme des bereits von Mauriceau angewendeten namentlich aber von Levret ausgebildeten Handgriffes ein sehr wesentlicher Fortschritt in der mechanischen Behandlung der Beckenendlagegeburt gemacht wurde, hat doch eine ganze Anzahl massgebender Geburtshelfer bis auf den heutigen Tag dem Gebrauch der Wendung in dem Umfange, in welchem Schröder sie empfahl, widersprochen.

Auch die Einführung des bereits von Wigand empfohlenen, später von A. Martin wieder aufgenommenen Verfahrens, welches den Zug am nachfolgenden Kopf völlig ausschliesst und durch äusseren Druck ersetzt, hat, wie es scheint, bisher der Wendung bei engem Becken wenig neue Freunde gewonnen, obwohl es nach Ansicht Mancher weniger verletzend ist und wirksamer den Widerständen am Beckeneingang begegnet, als die Verfahren, welche sich des Zuges bedienen. — Übrigens bezieht sich die noch bestehende Meinungsverschiedenheit durchaus nicht auf die Zulässigkeit der Wendung bei engem Becken überhaupt, vielmehr ist diese gegenüber allen Complicationen der Schädellage bei engem Becken, wie Nabelschnurvorfall, ungünstiger Einstellung des Schädels u. s. w. als notwendig und vorteilhaft wohl allseitig anerkannt.

Streitig ist nur die sogenannte prophylaktische Wendung, welche darauf ausgeht, einem möglichen aber nicht notwendig sich ergebenden ungünstigen Ausgang der Geburt in Schädellage zuvorzukommen.

Die Schwierigkeit einer endgültigen Entscheidung liegt in der Natur der Sache.

Bei hochgradiger Beckenenge bietet auch die Wendung dem Kinde keine grössere Chance als die operative Beendigung der Geburt in Schädellage und vermindert gegenüber letzterer kaum die Gefahr der Verletzung.

Es kann also die prophylaktische Wendung nur für die mittleren und geringeren Grade der Beckenenge in Betracht kommen, bei welchem auch die Geburt lebender Kinder in

Schädellage ohne Kunsthülfe oder mit nicht verletzender operativer Nachhülfe möglich ist.

Es wird deshalb gegen die prophylaktische Wendung stets der Einwand erhoben werden können, dass sie der Forderung einer individualisierenden Therapie nicht gerecht wird, ferner dass sie leicht durch die Gefahren für Mutter und Kind, welche der Eingriff an sich in den Verlauf der Geburt einführt, die Vorteile wieder aufwiegt, die in mechanischer und deshalb auch prognostischer Hinsicht die Beckenendlage bei engem Becken mit sich bringen soll.

Da es sich hier jedenfalls um eine durchaus rein praktische Frage handelt, so wird die Entscheidung, soweit eine solche sich überhaupt herbeiführen lässt, nicht durch theoretische Deductionen, sondern nur mit den Hülfsmitteln, welche die Praxis an die Hand giebt, also auf dem Wege der klinischen Erfahrung gewonnen werden können.

Da man an dem einzelnen Falle den Erfolg mehrerer prinzipiell entgegengesetzter Behandlungsweisen — der prophylaktischen Wendung einerseits, des abwartenden Verhaltens andererseits — nicht beurteilen kann, da selbst in einer grösseren Reihe von Geburten bei ein und derselben Frau für jede einzelne Niederkunft die für den Verlauf massgebenden Faktoren neben dem einem sich stets gleichbleibenden Faktor des engen Beckens zu mannigfach variiren, so bleibt nichts übrig als die Frage nach mehr allgemein statistischer Methode zu behandeln.

Das in dieser Richtung bereits vorliegende Material verträgt noch eine weitere Vermehrung.

Aus diesem Gesichtspunkte habe ich es unternommen, die zur Verwertung geeigneten Geburtsfälle bei engem Becken, welche in dem Zeitraum vom 1. Januar 1885 bis jetzt in der hiesigen Frauenklinik vorgekommen sind, zusammenzustellen und zu versuchen, ob aus diesem Material sich Einiges für die hier in Frage stehende Entscheidung verwerthen lässt.

Die auf statistischer Grundlange vorgehende Untersuchung kann für die Beurteilung der prophylaktischen Wendung neben den Fällen, in welchen letztere in Anwendung kam, auch solche benutzen, wo bei bestehender Beckenenge aus speziellen Indicationen, wie Querlage, Nabelschnurvorfall etc. gewendet wurde.

Ebenso lassen sich die Fälle von primärer Beckenendlage

heranziehen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die aus zwingender Indikation ausgeführten Wendungsfälle im ganzen weniger günstige Resultate haben werden.

Um so mehr wird ein günstiges Gesamtergebnis zu Gunsten der prophylaktischen Wendung verwendbar sein.

Ich gebe nun zunächst das ganze zur Verwerthung geeignete Material.

Die in der Übersicht in Centimetern ausgedrückten Beckenmasse sind in folgender Reihenfolge angegeben:

Distantia spinarum
Distantia cristarum
Conjugata externa
Conjugata diagonalis

Die ebenfalls in Centimetern angegebenen Kindesmasse sind, wie folgt, gereiht:

Diameter biparietalis
Diameter front-occipitalis
Diameter ment-occipitalis
Umfang des Schädels.

Hieran schliesst sich noch das Längsmass und Gewicht des Kindes.

I. Zusammenstellung

der

vom 1. Januar 1885 bis jetzt in der Frauenklinik bei Beckenenge in Beckenendlage vollendeten Geburten.

I. Zusammenstellung der vom 1. Januar 1885 bis jetzt in der

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
1	10850 Wiese	18. XII. 84	33 J. klein	I p.	23,1—25,2—17,1—9,9—10,2 Allg. verengt. nicht rach. B.
	11340 Wiese	1. VII. 86	—	—	—
2	13722 Seidemann	17. V. 91	28 J. 144 cm	V p. I part.: Zange. Kind todt II,III,IV. Querlagen. Wendg. bei steh. Bl. 2. Kind leb. geb. 3. u. 4. Kind sterb. geb. Alle Geb. rechtz. u. i. Narc.	25,5—28—19—11,5. Platt. Beck.?
3	10942 Marie Müller	30. IV. 85	26 J. 151 cm	II p. I part.: Rechtz. natürl. Geb. leb. Mädch.	22,5—27,4—19,7—10,6 Allg. verengt. platt. nicht rach. B.
	13746 Marie Müller	25. V. 91	—	V p. 3. u. 4. Geb. i. Narc. 3. warscheinl. mit Zange. 4. Kind nach vergebl. Anwend. d. Zange durch Wend. a. d. Fuss u. Extr. geb. 3. u. 4. Kind leben.	—
4	13870 Bergmann	12. VIII. 91	21 J. 141 cm	II p. I part.: Langdauernd spontan.	24,8—26,9—17,1— Platt. B. Conj. diag. nicht notiert
5	10389 Wichelmann	13. IV. 83	23 J. 134 cm	I p.	26,0—27,1—15,5— Dopp. Promont. C. d. sup. 9,5 „ „ inf. 10,4. Rach. allg. verengt. pl. B.
	10999 Wichelmann	15. VIII. 85	—	—	—

Frauenklinik bei Beckenenge in Beckenendlage vollendeten Geburten.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9,2—11,5—12,3—34,9 50—3530. Knabe, sterbend geboren. A. Schädel keine äusserlich wahrnehmb. Verletzung.	todt	Schädell. Fruchtbl. v. d. Hebamme gespr. Ausserh. d. Kl. missgl. Wendungsversuch. Bei d. Aufn. Kopf m. Tiefst. d. gr. Font. a. d. Beckeneing. Mm. weit. In Narc. leichte Wendg. Bei Anwendg. v. Druck u. Zug. Kopf mühsam i. Beck. gez. u. u. noch gröss. Widerst. entw. Dammriss bis z. anus. mit Erhalt. d. Sphinct.	Endometritis m. 1 täg. Fieb. Katheterkatarrh; ges. entl.
8,3—10.9—12—32,2 42—2300. Mädchen, leicht asphykt.	lebt	Künstl. Frühgeb. m. Bougie in der 35. Woche. Spont. Geb.	—
9,1—12,1—13—35,5 51—3320. Reif. Mädchen, sterb. geb. Autopsie: Blutg. i. d. Schädelinnere infolge stark. Impress. i. l. Scheitelb. u. r. Hinterhauptsb.	todt	Schädell. Bei erweit. Mm. Bl. gesprengt. Nabelschn.-Vorf. Wend. i. Narc. Kopf m. Levret u. äuss. Druck u. Widerst. i. B. gez. u. leicht entwick.	Normal.
9,2—11,5—12,9—35 49—3140. Reif. lebend. Mädchen	lebt	Schädell. Blase bei erweit. Mm. gesprengt. Kopf fixirt sich i. vord. Scheitelb.-Einst. Eintr. nach $^5/_4$ Std. mit vorangeh. Hinterh. Spont. Geburt.	Normal.
8,3—10,6—12,2—32,5 47—2550. Knabe, lebt, leicht asphykt.	lebt	I. Querl. Geb. ca. i. d. 36. Woche. Nach äuss. Wend. auf d. Kopf entsteht II. Querl. Bei völl. erweit. Mm. u. steh. Bl. Wend. Extr. angeschl. Kopf mit Levret i. B. gez. u. leicht entwick.	Normal.
9,2—11,6—13,2—36,2 Reif., lebend. Knabe.	lebt	Schädell. Kopf seitl. abgewich. Nach Spreng. d. Fruchtbl. bei völl. erweit. Mm. Vorf. e. Arm. u. d. Nabelschn. Wend. i. Narc. Extr. angeschl. Kopf tritt bei Anwend. d. Levret nicht herab., dagegen bei Martin'schem Verfahren i. B. ein, wird dann durch Levret leicht entwick.	Normal.
8,8—10,6—11,9—33 48—2490. Mädchen, tief asphykt. Flacher Eindr. d. hint. Stirnbeins.	lebt	Schädell. Blase bei ganz erweit. Mm. gespr. Eintr. d. Kopf i. Vorderscheitelbein einst. m. vorangeh. Hinterh. Unter kräft. Wehen spont. Geb. $2^3/_4$ Std. n. d. Blasenspr.	Normal.
8,6—11,2—12,7—33,6 50—2750. Mädchen, sterbend geboren. Autopsie; Blutg. in den Hirnhöl.	todt	Künstl. Frühgeb. Bougie mit Verletzung d. Eihäute. Spont. Geb., die sehr zög. eintritt. Eintr. d. Kopfes m. Tiefst. d. Hinterh.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
	11572 Wichelmann	21. II. 87	—	—	—
	12698 Wichelmann	6. VIII. 89	—	—	—
6	10884 Anna Mordhorst	19. II. 85	34 Jahre 144 cm	III p. I part.: Perforation. Wochenbett dauert ca. $^1/_4$ Jahr. II part.: Perforation. Puerp. mit Schüttelfr.	26,5—27,9—17— Doppeltes Promontorium C. diag. sup. 10,4—5 C. „ inf. 9,9 C. vera 8,5 Rachit. allg. verengt. platt. Becken.
	12901 Anna Mordhorst	27. XII. 89	—	—	—
7	10577 Dora Jost	15. I. 84	32 Jahre	II p. Vor 3 Jahr. m. d. Zange entb. Kind lebt.	25,7—28—18,4. 10,6 (Auf d. Stuhle) 9,6 (i. Steinschnittlage). Platt. B.
	11059 Dora Jost	27. VIII. 85	—	—	—
	12343 Dora Jost	25. X. 88	—	—	—
8	10263 Nielsen	6. XI. 82	24 Jahre 150 cm	II p. I part.: Ausser d. Klinik. forceps. Knabe unt. d. Geb. gest.	25,8—26,9—19,3. C. diag. sup. 10,5 „ „ inf. 10,6 Allg. verengt. platt. rach. B.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9—10,8—12,5—33,7 50—2920. Reif. Knabe, mäss. asphykt. Schädel o. Verletz. Fractur d. l. clavic. durch dir. Druck bei d. Kopfextr.	lebt	Künstl. Einleit. d. Geb. kurz vor Ende d. Schwangersch. Schädell. Bei Blasenspr. Nabelschnurvorf. Mm. für Hand durchgäng. Narc. Wendg. Ext. weg. Atembeweg. angeschl. Kopf m. gering. Widerst. durch Zug u. Druck i. B. gebr. u. leicht entwick.	Normal.
7,9—10—10,9—31 45—2160. Mädchen, lebend geboren, am 9. Tag gest. Flach. rinnenf. Eindr. a. Coronarnahtrand d. hintengeleg. Scheitelb.	lebt	Künstl. Frühg. i. d. 34. Woche m. Bougie. Blasenspr. bald nach Eintr. der Wehen. Spont. Geb.	Normal.
9,3—11,2—11,3—34 48,5—2800. Asphykt. Mädchen. Flacher Eindruck d. r. Scheitelbeins zwischen Tuber und Coronarnaht. Durchmesser vom Grunde d. Eindrucks bis zum l. Scheitelhöcker 8,1.	lebt	I. Schädell. Kopf bewegl. über d. Beckeneingang. Schwache Wehen. Wendg. auf d. Fuss. Kopf mit d. gewöhnl. Handgriff leicht entwickelt.	Normal.
9,1—12,3—13,5—36 55—3500. Mädchen. Tief. Eindr. d. l. Scheitelb.; Querdurchm. vom Grunde des Eindrucks gemessen 7,8.	todt	Kopf seitl. abgewich. Wendg. a. d. r. Fuss leicht. Levret'sche und Wigand-Martin'sche Handgriffe erfolgl. Kinn auf d. vord. Beckenwand aufstehend; Perforat. durch d. Foram. occip.	Normal.
8,9—11,6—12,6—34,4 48—3240. Gering. asphykt. Mädchen.	lebt	Extramediane Einstellung d. Kopfes. Tiefstand d. kl. Fontan. Hoher Eiriss. — Vorliegen e. Nabelschnurschlinge. Extraction 35 Min. nach d. Wendg.	Normal.
8,9—11,5—12,9—33,6 48—2930. Mädchen, kaum asphyktisch.	lebt	Schädell. Fruchtblase bei völl. eröffnet. Mm. gespr. Nabelschnurvorfall. Wendg.; leichte Extraction.	Normal.
8,8—12,2—12,3—35,5 49—3050. Knabe.	lebt	Schädell.; bleibend. Tiefstand d. gr. Fontan. Austritt im Querdurchm.	Normal.
9,6—11,8—12,5—36,4 52—4230. Knabe, leicht asphykt. Am Schädel keine Verschieb. Schädelwölb. symmetr.	lebt	Kopf hochsteh. Prophylakt. Wendg. i. Narc. bei steh. Fruchtbl. u. völl. erweit. Mm. Extr. bald angeschl. Kopf mit deutl. Ruck i. B. hineingezogen u. leicht entwick. Querriss i. e. Dammnarbe.	Vom 9.—23. Tage nach der Geburt unregelmässiges Fieber ohne Erschein. seitens d. Genital. Kl. Infiltr. i. d. Mammae u. Bronchialkatarrh

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
	11447 Nielsen	12. X. 86	—	—	—
9	11305 Wittstruck	18. VI. 86	30 Jahre klein, gedrungen	I p.	25—27,5—21,5—10,7. Platt. rach. B.
10	10372 Kohlmeyer	17. III. 83	22 Jahre	II p. I part.: rechtz. langdauernd. Wend. u. Perfor. d. nachfolg. Kopf. Wochenb.: Schmerzen im Leib u. Fieber.	28,4—29,7—18—10,6 Allg. verengt. platt. rach. B.
	10840 Kohlmeyer	8. XII. 84	—	—	—
	11425 Kohlmeyer	26. VIII. 86	—	—	—

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
8,8—10,6—12,7—35,7 54—3640. Knabe mit noch besteh. Herzschlag geb., trotz Schleim asspir. aus d. Trachea n. Schultzeschen Schwingung. nicht zum Athmen gebr. Autopsie: Starke Blut. zwischen Dura u. Pia über d. Hemisphären u. Kleinhirn u. i. d. Ventr. Stark. Bluterg. i. d. Subst. d. Kleinh. u. a. d. hint. Schädelgrube. Hinterh.-Schuppe nicht luxiert.	todt	II. Schädell. Bei steh. Blase nach Erweit. d. Mm. Verlangs. d. Foetalp. bis auf 48. Wendg. Fruchtwass. stark meconiumhalt. Extr. angeschl. o. Schwierigk. vollend. Während ders. Atembew. d. Frucht..	Normal.
9,1—11,7—13,6—36,8 53—3840. Reif. asphykt. Knabe. Haematom d. musc. sternocleidemast. u. Erb'sche Lähmung a. d. r. S.	lebt	Schädell. Nabelschnur v. Anfang an vor d. Kopf vorliegend. Bei handtellergr. Mm. Blasenspr. Vorfall von viel. Nabelschnurschlingen. Wendung u. sofort. Extr. Schwier. Entwickel. d. Kopfes anschein. durch Widerst. leistend. Mm. mit Levret'schem Handgr. u. Druck v. aussen. Tief. Scheiden- u. Dammriss mit Erhaltung des Sphincter.	Normal.
9,2—11—12,7—33,5 50—2810. Nicht völl. ausgetr. Mädchen, sterb. geb. Kind mit kräft. Herzschlag geb., nicht z. Athmen gebr. Stark. löffelf. Eindr. a. r. Scheitelb. Autopsie: Stark. Bluterg. i. d. Schädelhöhle, i. d. Ventr. u. i. Kleinhirn.	todt	Spont. Frühgeb. ca. i. d. 37. Woche. Fussl. Bei völl. erw. Mm. Blase gespr. u. extrah. Kopf unter stark. Widerst. mit Levret i. B. gezog. u. entwick.	Schon bei der Geburt besteh. Bronchial-Katarrh, sonst normal.
9,4—11,3—11,9—35 51—2850. Mädchen, todt. Bruch d. r. Clavic. Scheitelbeine unverl. Hinterhauptssch. sehr bewegl. An d. Basis ders. Crepitation. Am seclett. Schädel zeigt sich e. st. luxat. d. Hinterh.-Schuppe a. d. partes condyl. Der freie unt. Rand ragt reichl. 5 mm über d. hint. Umf. d. For. magn. vor.	todt	Rechtz. Geb. Schädell. Blasenspr. m. Nabelschn.-Vorf. bei weit. Mm. Narcose. Wendg. Extr. angeschl. Kopf mit Levret u. äuss. Druck i. B. gebr. u. entw. Leichte Atonie i. d. III. Periode.	Normal.
8,8—11,2—12—34 49—2950. Knabe, nicht ganz ausgetr., sterb. geb. Flach. Eindr. d. l. Scheitelb. Am scelett. Schädel nur leichte Verschieb. d. Hinterh.-Schuppe geg. d. part. condyl. nach ob. und ganz wenig nach vorn.	todt	Künstl. Frühgeb. mit Bougie bei 7 cm Mm. u. steh. Blase. Kopf i. Hinterscheitelb.-Einstell. über d. B. Wendg. in Narc. Extr. sof. angeschl. Extr. d. Kopf. o. Schwierigk. Während ders. Atembeweg.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
	11836 Kohlmeyer	12. VIII. 87	—	—	—
11	11699 Habersaat	25. V. 87	29 Jahre	II p. I part.: i. 24. J. schnell verlauf., o. ärztl. Hülfe. Puerp. norm.	25,5—27,7—19—11,5. Wenig verengt. platt. B.
12	11760 Krapalis	25. VI. 87	26 Jahre 150 cm	III p. I. Angebl. schwer, natürl. Kind nach 24 St. an Convuls. gest. II. Kurzdauernd, noch am Leben.	28—29,5—18,3—11,4. Rach. platt. B.
	12215 Krapalis	15. VII. 88	—	—	—
13	11915 Hackelberg	27. IX. 87	26 Jahre	I p.	29,5—31,9—18—10,9. Pl. nicht rach. B.
14	11079 Marie Johannsen	9. IX. 85	32 Jahre mittelgr.	V p. I. Geb. Zange. Stark. Eindr. a. Kopf. Kind todt. II.—IV. Geb. Rechtz. — Wendg. bei steh. Blase, leb. Kinder. Bei d. III. Geb. Kind sterb. geboren, die beiden andern lebend.	29,8—31,3—20,0—9,4? Pl. rach. B.
15	11241 Schmidtke	27. II. 86	—	I p.	23,5—27,0—19,2—9,9. Allg. verengt. platt. nicht rach. B.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9,4—11,4—11,9—34 48—3200. Mädchen, leicht asphykt. Sehr harte Kopfknochen, enge Nähte. Hinterhauptssch. wenig untergeschob.	lebt	Schädell. Einführ. e. Bougie bei für 2 Finger durchg. nach ob. trichterf. erweit. Cervicalkanal i. d. 36.—37. Woche. Starke Blutung. Tamp. erfolgl. Bipol. Wendg. auf d. Fuss. Herztöne bleiben gut; 12 St. später bei retrah. Mm. u. gut. Wehen Extr. d. Kopf. mit äuss. Druck. Mäss. aton. Nachblut.	Normal.
9,2—11,9—13,2—35,3 49—3520. Reifer Knabe, lebend.	lebt	Schädell. bei hochsteh. Kopf Vorlieg. d. Nabelschn. Bei völl. erw. Mm. Blasenspr. Entleerung meconiumh. Fruchtw. Wendg. i. Narc. Extract. angeschl. Leichte Entwick. d. Kopfes. Mäss. aton. Nachblutg.	Normal.
9,2—12—12,3—35,5 49—3500. Reif. Mädchen.	lebt	Kurz vor d. Lag. Abgang meconiumhalt. Fruchtw. Mm. erweit. Schädell. Nabelschn. vorliegend. Narc. Wendg. Kopf mit mäss. anscheinend vom Mm. ausgeh. Widerst. durch Zug. u. Druck entwick. Leichte Atonie.	Normal.
9—11,5—12,8—34,5 51-3150. Reif. Mädchen.	lebt	Rechtz. Geb. Schädell. Kopf hochsteh. Vorüberg. Vorliegen d. Nabelschn. bei handtellergr. Mm. Spont. Geburt d. Kind. gleich nach d. Blasenspr. 2malige Umschling. d. Nabelschnur u. d. Hals.	Normal.
9—11,4—12,5—34 51—3640. Reif. Knabe.	todt	Rechtz. Geb. Schädell. Blasenspr. bei 2 M gr. Mm. mit Vorfall d. Nabelschn. Narc. Bipol. Wendg. a. d. Fuss. Nach 2 Std. Herztöne nicht mehr deutl. Mm. beinahe erweit. Extr. Kopf durch Zug. u. Druck quer ins B. hineingebr. Die Entwick. durch Vorliegen d. geschwoll. vord. Mm.lippe etwas erschwert. Zieml. gr. Damm-, kurz. Scheidenriss.	Normal.
Masse fehlen. Reif. Mädchen, leicht asphykt. Flach. Eindr. d. r. Scheitelb.	lebt	Schädell. Kopf bewegl. Wendg. bei stehd. Bl. u. völl. erweit. Mm. i. Narcose. Nach 5/4 Stunden bei gut. Weh. Extr. Kopf m. gering. Widerst. i. B. gezogen.	Normal.
8,3—12—12,5—35 47—3130. Reif. Mädchen, leicht asphykt.	lebt	Kreissend aufgen. Blasenspr. 2 M. gr. Mm. Gesichtl. bei hochst. Kopf mit vorlieg. Nabelschn. übergehend i. Stirnl. Wendg. i. Narcose bei 6 cm. Mm. Extr. sofort angeschl. Kopf bei Zug. u. Druck leicht i. Becken gebr. u. entwick.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
16	12266 Bombrowitz	3. X. 88	23 Jahre 145 cm	II p. Vor 2 J. Geb. e. lebend. Kindes m. ärztl. Beistand.	24,4—26,8—18,1—10,5. Platt. rach. Beck.
17	11742 Wannhof	4. VI. 87	30 Jahre	V p. Die 4 ersten Geburten mit forceps beendet, die ersten 3 polikl., sämtl. bei i. Beck. steh. Kopf, m. leb. Kind. 4. Geb. v. Privatarzt besorgt, todt. Kind.	26,5—28,2—19—11,2. Allg. verengt. platt, wahrscheinl. rach. B.
	12337 Wannhof	13. XI. 88	—	—	—
	12986 Wannhof	4. II. 90	—	—	—
18	12097 Swenson	20. IV. 88	38 Jahre	II p. I part.: Fussl. Kind lebend geb.	26—28—19,5—10,5 Platt. vielleicht rach. B.
19	12166 Meyer	30. V. 88	35 Jahre	IV p. I part.: Natürl., etwas zu früh, Kind lebt. II part.: Rechtz. polikl. behand. Fussl. Leichte Extr. Kind lebend. III part.: Polikl. behandelt. Querl. Wendg. Knabe sterb. geb.	26,5—29—20,3—10,5 Platt., wahrscheinl. nicht rach. Becken.
	12981 Meyer	28. I. 90	—	—	—
20	11599 Meta Mordhorst	11. II. 87	20 Jahre mittelgr.	I p.	27,5—29—20—9,6. Rach. platt. B.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
10—12,8—14,7—37,8 52—4660. Knabe, lebend.	lebt	Rechtz. Geb. Schädell. Blase bei völlig erweit. Mm. gesprengt. Kopf bleibt bewegl. a. d. Beck. bei schwach. Wehen. Wendg. Leichte Extr. Mäss. Dammriss.	Normal.
10—11,9—12,4—36 49—3340. Reif. Knabe, mäss. asphykt.	lebt	Rechtz. Geb. Steissl. Bei völl. erw. Mm. Blase gespr., Fuss heruntergeholt u. extrah. Kopf o. Schwierigk. entw.	Normal.
9,3—11,9—13,4—36 52—3850. Reif. Mädchen.	lebt	Rechtz. Geb. Schädell. Blasenspr. bei handtellergr. Mm. Kopf bleibt bewegl. a. d. B. bei schw. Wehen. Deshalb nach 4 Std. Wendg. Gleich darauf spont. Geb. bis üb. d. Nabel. Kopf mit Levret leicht entw. Nachblutg. aus e. Riss d. recht. Schamlippe.	Normal.
8,8—11,6—13—34,8 50—3350. Reif. Knabe.	lebt	Bei thalergr. Mm. über d. B. bewegl. Kopf. vorübergeh. Vorliegen d. Nabelschn. u. e. Armes. Nach d. Blasenspr. Eintr. d. Kopf. m. tiefst. Hinterh. u. Geburt i. Verlauf v. wenig. Minuten.	Normal.
10—12—13—38 —4800. Reif. Knabe, lebend. Fract. d. r. Humerus.	lebt	Schädell. Bei handtellergr. Mm. Blasenspr. Kopf i. vord. Scheitelb.-Einstellg. auf d. Beckeneing. steh. bleibend. 3 Std. n. d. Blasenspr. Wendg. Kopf durch Druck u. Zug leicht extrah. Mäss. aton. Nachblutg. nach Express. d. Pl.	Normal.
10,5—11,1—11,3—33 49—2250. Mädchen, etw. asphykt.	lebt	Vollk. Fussl. mit Nabelschnurvorf. Bei noch nicht g. erweit. Mm. Extr. Etwas erschwerte Entwick. d. K. nur v. Mm. ausgeh. Mäss. aton. Nachbl.	Normal.
9,2—11,5—12,6—34,3 46—2750. Knabe, leicht asphykt.	lebt	Geb. ca. i. d. 37. Woche. Kreiss. aufgen. Querl. Bei völlig erweit. Mm. steh. Bl. Wendg. Extr. angeschl. Kopf mit Martin'schen Handgriff leicht i. B. gebr. u. nach aussen entwick. Mäss. aton. Nachblutung.	Normal.
9,2—11,4—13,7—35 50—3200. Reif. Mädchen.	todt	Mit vorgef. pulsl. Nabelschn. u. dicht vor d. Einschneid. steh. Kopf i. d. Klinik aufgenommen. Spont. Geb. Zieml. st. aton. Nachblut.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
	12375 Meta Mordhorst	17. XII. 88	—	—	—
21	12465 Drielak	16. IV. 89	22 Jahre 152 cm	II p. I part.: 1887 rechtz. norm. langdauernd.	25,5—29—20,5—11,5. Beckenform nicht bestimmt, geringe Beschränk.
22	11977 Gerschefski	7. XII. 87	21 Jahre	I p.	23,5—25,5—19,2—11 Anschein. nicht rach. wenig verengt.
	12541 Gerschefski	7. IV. 89	—	—	—
23	12705 Magaretha Schröder	6. VII. 89	37 Jahre	V p. I part.: forceps, todt. Kind. II, III, IV part.: Wendg., lebende Kinder, letzte Geb. vor 3 1/4 J.	27,8—29,4—18,6—10,4. Platt. wahrscheinl. rach. B.
24	12899 Münster	18. XII. 89	—	VI p. Die vorausgegangenen Geb. sämtl. Kopfl. rechtz. I. Geb. spont. leb. Kind. II. Geb. spont. todt. Kind. III. Geb. forc. leb. Kind. IV. u. V. Geb. Wend todte Kinder.	28,3—29,6—19,6—11,1. Allg. verengt. platt. rach. B.
25	13499 u. 13561 Denkert	15. II. 91	36 Jahre	III p. I part.: forc. Kind nach 2 Tagen gest. II part.: durch Perf. beendet.	27,3—29,8—18—10,7. Allg. verengt. platt. rach. B.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
Reif. Knabe. Am Schädel keine Verletz.	lebt	Schädell. Bei völlig erw. Mm. bewegl. bei Tiefst. der gr. Font. über d. B. lieg. Kopfe steh. Fruchtbl. Wendg. i. Narc. Reiten d. Frucht auf d. Nabelschnur u. Atembew. derselb. Desh. beschleunigte Extr. Kopf mit Druck u. Levret'schen Handgr. unter zieml. st. Widerst. in B. gebr. u. leicht entwick. Mäss. Blutung aus e. Riss d. hint. Scheidenwand.	Am 6 Tage d. Wochenb.-Fieber durch Coprostase, sonst normal.
9,7—12—13,6—35,6 50—3060. Reif. Knabe, mäss. asphykt.	lebt	Schädell. Bei weit. Mm. neben d Kopf vorl. Arm und Nabelschn. Blasenspr. Wendg. i. Narc. Extr. angeschl. Kopf mit Levret leicht i. B. gezog. u. o. Schwierigk. entwick.	Normal.
. . . . . 47—2570. Mädchen, nicht völlig ausgetragen.	lebt	Spont. Geb. ca. i. d. 36. Woche. Schädell. Frühzeit. Blasenspr. Austreibungs-Periode $^5/_4$ Stdn.	Leichte Endometritis, sonst normal.
. . . . . 2650. Knabe, stark asphykt.	lebt	Geb. ca. i. d. 36. Woche. Querl. Bei steh. Blase handtellergr. Mm. i. Narc. Wendg. Extr. angeschl. Schwier. Lös. d. r. i. d. Nacken geschl. Arm. Kinn hochstehend. Mit Levret u. äuss. Druck mit mäss. Widerst. i. Beck. gebr. u. leicht entwick.	Vom 10.—20. Tage nach der Geb. mäss. Fieb. Leichte rechtss. Parametritis.
9—11,4—12,5—34,5 52—3180. Faultodtes Mädchen.	todt	Schädell. Bei weit. Mm. vorlieg. Nabelschn. Wendg. Spont. Geb. bis z. Nb. Kinn hoch und vorn steh. Express. d. Kopfes o. Schwierigkeit.	Normal.
9—12—12,7—36,1 52—4070. Reif. Knabe, tief asphykt. Gr. Eindruck d. r. Scheitelb.	lebt	Rechtz. Geb. Schädell. Extramed. Einstell. d. Kopf. üb. d. r. Beckenseite. Nach d. bei weitem Mm. erfolgt. Blasenspr. 7 Std. später hint. Scheitelbeineinstell. mit Tiefst. d. gr. Font. Meconiumabg. Abschwächung d. Herzt. Narc. Wendg. Extr. angeschl. Martin'scher Handgr. erfolgl. Kopf mit äuss. Druck u. Levret schnell entw. Keine Verletz. Aton. Nachblut. Tamp. d. Ut. m. Jodoformg.	Normal.
9—11,6—13,4—36,3 54—4570. Reif. Knabe, sterb. geb. Am Schädel keine Verletzung. Starke Unterschieb. d. l. Scheitelbeins. Feste Kopfknoch. Zerreiss. d. Bandscheibe zw. 6. u. 7. Halswirbel,	todt	Schädell. Blasenspr. bei thalergr. Mm. Nach 8 St. bei 7 cm Mm. regelm. Herzt. Vord. Scheitelb.-Einstell. Wendg. i. Narc. bei gut. Herzt. Schwier. Extr. schon d. Rumpf. Vord. Arm i. Nacken mit Fract. d. Hum. gelöst. Martin'scher Handgr. erfolgl. Kopf mit Levret u. äuss. Druck mäss. mühs. entwick.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
26	10582 Helene Möwe	11. I. 84	23 Jahre	I p.	26,3—27,9—19,7—10,3. Allg. verengt. pl. rach. B.
	11097 Peters, geb. Möwe	28. IX. 85	—	—	—
	11620 Peters	24. II. 87	—	—	—
	13683 Peters	27. IV. 91	—	—	—
27	10625 Hamann	29. III. 84	30 Jahre klein	I p. Vor 2 Jahren Abort. i. 2. Monat	25,6 – 27,2 — 18,9—10,6. Allg. verengt. rach. B.
	11061 Hamann cf. 10625	3. XI. 85	—	—	—

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9,6—11,4—12,4—35,1 51—3725. Mädchen, reif, sterbend. geb.	todt	Steissl. Frühz. Blasenspr. Nach mehrtäg. Wehen bei thalergr. Mm. aufgen. bei erhöht. Temp. u. Puls v. 120. Bei 6 cm Mm. i. Narc. beide Füsse herabgeholt. Fruchtwasser stink. Extr. angeschl. Kopf m. Zug u. Druck i. B. gebr. u. hörb. Ruck. Mittelgr. Scheidendammriss.	Im Wochenb. sept. Endometr. mit mäss. Fieb. und embol. (?) Pneumonie.
8,2—11—12,4—33,1 48—3080. Mädchen, leicht asphykt.	lebt	Geburt i. d. 37. Woche. Wasserabgang bei für 2 F. durchg. Cervix. Nach 22 Std. bei 7 cm Mm. vord. Scheitelbeineinstell. mit Tiefst. d. Hinterh. Wendg. i. Narc. Extract. angeschloss. Kopf m. Levret leicht entw. Manuelle Lös. d. noch festsitz. Pl. $1^1/_2$ Std. post partum.	Normal.
9,1—12,1—13,4—34 52—4020. Knabe, asphykt. Flacher Eindruck d. r. Scheitelb. Kind noch jetzt lebend, gesund.	lebt	Rechtz. Geb. i. Schädell. Frühz. Blasenspr. Vord. Scheitelb.-Einst. mit Tiefst. d. Vorderh. Bei 7 cm Mm. Wendg. Leichte Strictur d. inner. Mm. Extract. angeschl. Kopf m. Schwierigk. in B. gezog. Blutung. Rechtsseit. Längsriss i. unt. Segment u. Cervix. Peritoneum unverletzt. Tamponade d. Risswundraum.	Im Wochenb. leichte rechtss. Parametritis.
9,6—12,1—12,9—35,5 52—4050. Knabe, leicht asphykt. zieml. st. löffelf. Eindr. d. r. Scheitelb. Querdurchm. 9,6. Vom Grunde d. Eindr. bis z. l. Scheitelhöcker 8,7.	lebt	Beinahe rechtz. Geb. Gleich nach d. Aufn. bei 7 cm Mm. Blasenspr. Kopf i. Vorderscheitelb.-Einstell. Fontanellen gleich hoch auf d. Beck. Sofort Wendg. i. Narc. Erst nach Herabhol. d. 2. Fuss. vollendbar. Extract. angeschl. Martin'scher Handgr. erfolgl. Kopf m. Mühe d. Zug u. Druck i. B. gebr., leicht entw. Aton. Nachblutg. Keine Rissverletz. Man. Lös. d. Pl.	Normal.
8,8—10,6—12,2—33,3 48—2340. Knabe, asphykt. Bruch d. r. clavicula. Flacher Eindr. d. l. Scheitelb.	lebt	Schädell. Vorlieg. d. Nabelschn. Abschwäch. u. Verlangs. d. Foetalpuls. Bei 2-Mk.-Stückgr. Mm. Wendg. mit ganz. Hand. Das Fruchtw. meconiumhalt. Atembeweg. u. Vagitus uterinus. Extr. sofort angeschl. Kinn anfangs hochsteh. Kopf unter deutl. Krach i. B. gezog. u. leicht entwick. Bruch d. clav. bei Lös. d. r. i. d. Nacken geschl. Armes. Wallnussgr. spontan. berst. Hämatom i. ob. Teil d. Scheide. Blut. durch Umstech. gestillt. Dammriss bis a. d. anus mit Erhalt. d. Sphincter.	—
9,9—11,4—12,7—35 51—3320. Knabe, nahezu reif, todtgeb. Tief. löffelf. Eindr. a. l. Scheitelb. u. Querbruch d. Hinterhauptschuppe.	todt	Künstl. Frühgeb. i. d. 37.—38. Woche mit Bougie. Aeusere Wendung auf d. Steiss aus Querlage. Herabhol. d. Fuss. bei 7 cm gr. Mm. u. steh. Bl. Extract. wegen Verlangsam. d. Foetalp., dabei Inspirationsbew. Schwierige Entwick. d. Kopf. d. Levret unter deutl. Krach. Starke aton. Blutg. Man. Lös. d. Pl.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
28	11120 Frau Möve	13. X. 85	34 Jahre	VI p. I part.: Nach 3 täg. Kreiss. Kind todtgeb. II part.: Zange. III part.: Zwillinge. IV part.: Querlage. Wendg. V part.: Zange. 2. u. 5. Kind leben. Zwillinge sind lebend geboren, später gest.	28,1—29,4—18,7—9,6. Allg. verengt. platt. rach. B.
29	12906 Johanna Veit	6. II. 90	32 Jahre 154 cm	II p. I part.: Vor 7 Jahr. rechtz. leicht ohne ärztliche Hülfe. Wochenb. norm.	28,3—30,3—21,2—11. Platt. Becken, wahrsch. nicht rach.
30	13229 Scharnweber	15. VII. 90	25 Jahre 148 cm	III p. Beide Geburten, 87 u. 88, durch Wendg. auf d. Fuss beend. Kinder u. d. Geb. gest.	25,2—28—19—10,6. Allg. verengt. platt nicht rach. B.
31	13238 Maria Holst	23. VII. 90	38 Jahre	III p. I part.: forc., Nabelschnurvorfall, Kind todt. II part.: forceps, Extr. Zange glitt 5 mal ab. Kind, sehr gross, 6 Wochen nach der Geb. gest.	28,5—29,4—18,3—10,3. Doppelte angebor. Hüftgelenksluxat. Platt. B.
32	9821 Emma Johannsen	12. II. 81	22 Jahre	I p.	23—25,4—18,9—10,4. Allg. verengt. rach. B.
	10976 Johannsen	12. VI. 85	—	II p.	—

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9,3—11,6—12,9—36 55—3553. Knabe, reif, todtgeb. 1 cm tief. Eindr. d. r. Scheitelb. zwisch. Tuber u. Coronarnaht. Autopsie. Blut. zwischen Dura u. Pia. Blut. d. plex. chor. u. i. IV. Ventr.; reichl. Schleim i. Trachea u. Bronchien. Foetale Herztöne norm. bei der Aufnahme.	todt	Seit 3 Tag. Weh. Vor 36 St. Blasenspr. Mm. 4 cm. Ränder geschwollen, ebenso Scheide und äussere Genitalien. Vord. Scheitelb.-Einstell. Wendg. leicht. Hohe Armlös. unter Fract. d. l. clavic. Kinn hochstehend. Kopf quer, leicht i. B. gezogen u. entwick. Temp. d. Mutter 38,3, Puls 140 bei d. Aufnahme.	Normal.
9,2—12—14—35,5 51—3520. Reif. Knabe, mäss. asphykt. Am Schädel keine Verletz.	lebt	Schädell. Bei völl. erweit. Mm. Fruchtbl. gespr. Fruchtw. meconiumhalt. Kopf i. vord. Scheitelb.-Einstell. mit Tiefst. d. gr. Font. auf B. tretend. In d. nächst. 3 Std. bei schwach. Wehen kein Fortschritt. Herzt. verlangs. In leichter Narc. Wendg. Ext. angeschl. Kopf quer mit Levret i. B. gez. u. nach Ueberwind. v. mäss. Widerstand. v. Mm. ausgeh. entwick.	Normal.
8,9—11,5—13—34,4 53—4000. Mädchen, unter d. Geb. gest. Querbr. d. Hinterh.-Schuppe. Blut i. d. Schädelhöhle, i. den Hirnhäuten u. Hirnhöhlen.	todt	Schädell. Blasenspr. bei weit. Mm. Fruchtw. meconiumhalt. Kopf bleibt i. hint. Scheitelb.-Einstell. auf d. B. mit Tiefst. d. Vorderh. In Narc. Wendg. Extract. langsam bei d. Weh. Martin'sche Handgr. erfolgl. Kopf mit Levret und äuss. Druck unter bis z. Beckenausg. anhalt. Widerst. entwick.	Normal.
9,2—11,5—12—34,5 47—2780. Knabe, nicht völl. ausgetr. Schädel o. Verletz.	lebt	Kniel. Bei weit. Mm. Blasenspr. Vorfall d. Nabelschn. Fuss herabgeh. Bei schwach. Weh. Extr. Leichte Entwick. d. Kopf. durch Levret'schen Handgr. Aton. Nachblutung.	Leichte Mastitis, sonst normal.
. . . . 3590. Reif. Knabe, todtgeb.	todt	Schädell. Aufnahme, nachd. mehr. Tage Weh. best. u. vor längerer Zeit Fruchtw.-Abg. erfolgt. Kopf tief i. B. rag. bei völlig erweit. Mm. Foet. Herzt. fehlen. Uebelr. Ausfluss. Zange erfolgl. Perf. u. Extr. m. d. Kraniokl. Aton. Nachblut. Man. Lösung d. Pl. Kl. Dammriss.	Perman. Irrigat. Abstoss. gangrän. Scheidenfetz. Ges. entl.
10—12—13,6—36.5 53—4400. Tief asphykt, Knabe. A. d. r. Scheitelb. e. leichte Drucksp. parall. m. d. Kranzn., etwas hint. ders.	lebt	Bei weit. Mm. Vorderscheitelb.-Einstell. u. Tiefst. d. gr. Font. Blasenspr. Wendg. i. Narc. Extr. angeschl. Schwier. Armlös. Extr. m. Zug u. Druck. Mäss. Schwierigk. i. Beckenausg.	Normal.

Nr.	Nr. des Journals	Datum der Geburt	Alter und Grösse der Entbundenen	Die wievielte Geburt und der Verlauf früherer Geburten	Masse und Form des Beckens
33	13539 Holst	6. II. 91	—	IV p. I part.: Forceps. schwer. Kind todt. II part.: Fussl. Kind todt, III part.: Fussl. Kind lebt.	26,5—29,8—19,5. Dopp. Promont. C. diag. sup. 11,2. Allg. verengt. platt. B.
34	13843 Schütt	28. VII. 91	—	III p. 2 Kind i. Schädell. natürl. nach sehr langer Dauer todtgeb.	25—27,5—18,6—11. Platt. wenig allg. verengt. B.

Masse, Gewicht, Geschlecht und sonstiges Verhalten des Kindes	Tod oder Leben des Kindes	Geburtsverlauf	Verlauf des Wochenbettes.
9,5—11,5—12,5- 35 . . 3600. Mädchen, kaum asphyst. Eindr. d. l. Scheitelb. Entfern. v. Grunde dess. bis zum gegenüberlieg. Scheitelhöcker 8,7.	lebt	Schädell. Bei weit. Mm. steh. Blase. Wendg. o. Narc. Spont. Geb. d. Rumpf. Langs. Extr. d. Kopf. mit bis z. Beckenausg. anh. Widerst. mit Levret u. äuss. Druck.	Normal.
10,5—12,7—12,6—36,8 51—3870. Knabe, mäss. asphykt. Tief. Eindr. am l. Scheitelb. Durchm. v. Grunde d. Eindr. bis z. r. Scheitelhöcker 9,5.	lebt	Fussl. i. Eröffnungsper. i. Schädell. übergeh. Bei völl. erweit. Mm. Blase gespr. Kopf erst i. vord. dann i. hint. Scheitelb.-Einstell. auf d. Becken. Er scheint sehr gross. Schädelknochen sehr hart. Nähte eng. Desh. Wendg. In Narc. Extract. angeschl. Kopf quer. Kinn mäss. hoch, zur Seite auf d. Becken aufsteh. Rückt bei Levret'schen u. ebenso bei Wigand'schen Handgr. nur wenig vor u. erst bei Levret combinirt mit stark. äuss. Druck langs. i. B. ein. Entwickel. durch Beckenausg. noch mäss. erschwert. Starke Blut. aus e. bis a. Periton. dringend. Querriss d. vord. Cervixwand. Tamp. d. Ut. u. d. Risswunde mit Jodoformg. Mäss. blut. Riss i. d. l. Nymphe u. tief. Scheiden-Dammriss	Vom 8. — 13. Tage d. Wochenb.-Fieber. Endrometritis. Kein Exsudat.

Die oben gegebene Zusammenstellung enthält 57 Geburtsfälle von 34 mit engem Becken behafteten Frauen.

Darunter sind 5 Fälle von primärer durch Extraktion beendeter Beckenendlagen, 41 Fälle von Wendungen und Extraktionen und 11 Geburtsfälle mit teils natürlichem Verlauf, teils andersartiger künstlicher Beendigung der Geburt, welche vor oder nach einer in der Klinik mit Wendung und Extraktion vollendeten Entbindung in dieser beobachtet sind und deshalb zum Vergleich benutzt werden können.

Unter den 41 Wendungsfällen bestand 4 mal Querlage, 14 mal Nabelschnurvorfall, während in 23 Fällen die Wendung bei nicht komplizierter Schädellage als mehr oder weniger prophylaktisches Verfahren ausgeführt wurde.

Für eine zusammenfassende Würdigung der Ergebnisse, welche aus der vorliegenden Reihe von Geburtsfällen hervorgehen, ist es nicht angängig, an dem an sich nicht grossen Material zu weitgehende Teilungen in Bezug auf die der Form und dem Grade nach verschiedenen Kategorien von engen Becken, um welche es sich hier handelt, vorzunehmen.

In der grossen Mehrzahl der mitgeteilten Fälle handelt es sich um platte und allgemein verengte platte Becken, meist rhachitischen Ursprunges und um mittlere sowie noch geringere Grade der Verengung.

Der ungleiche Einfluss des Gradenunterschiedes ist dabei zum Teil durch das ungleiche und in wechselnder Weise mit der Beckenenge sich kombinierende Verhalten der Schädelmasse für die statistische Beurteilung ausgeglichen.

Das Gesamtresultat der nach Wendung oder bei primärer Beckenendlage durch Extraktion vollendeten Geburten stellt sich folgendermassen:

Von den Müttern ist keine gestorben. An 10 Fällen von den 46 Extraktionsfällen kam es zu atonischer Nachblutung in geringerem oder grösserem Umfange in der dritten Geburtsperiode.

Verletzungen ereigneten sich in 11 Fällen und zwar bestanden dieselben

8 mal in einem Damm- resp. Scheiden-Dammriss,

1 mal in einem isolierten Scheidenriss,

1 mal in einem vollständig zwischen die Lamellen des ligamentum latum eindringenden Längsriss der Cervixwand (entstanden bei der Wendung),

1 mal in einem Querriss der vorderen Cervixwand bis unter das Peritoneum (entstanden bei der Expression des Kopfes).

Von den Entbundenen erkrankten im Wochenbett:

2 an leichter Parametritis,

2 an fieberhafter Endometritis,

bei 1 bestand eine Zeitlang Fieber ohne lokale Erscheinungen seitens der Genitalien.

Sämtliche Entbundene wurden gesund entlassen.

Bei den Kindern kamen 8 völlig lebensfrisch zur Welt, bei 21 bestand ein mässiger, bei 3 ein höherer Grad von Asphyxie. Diese 32 Kinder kamen sämtlich lebend und gesund zur Entlassung.

7 Kinder wurden todt, davon 1 in maceriertem Zustand,

7 Kinder sterbend geboren.

In diesen 14 resp. 13 für die Kinder ungünstig verlaufenen Fällen wurde 1 mal die Perforation des nachfolgenden Kopfes gemacht.

Unter den 46 Geburten wurden folgende Verletzungen des Kindes festgestellt:

1 mal Zerreissung des sterno-cleido-mastoideus mit Hämatombildung und nachfolgender Erb'scher Lähmung,

1 mal Fraktur des Humerus,

3 mal Fraktur der Clavikula,

4 mal Absprengung resp. Querbruch der Hinterhauptsschuppe,

14 mal löffelförmige Eindrücke des Scheitelbeins.

Der Eindruck besass in 9 Fällen eine Tiefe von nahezu 1 cm. und mehr. In diesen Fällen wurden 5 Kinder todt (darunter 3 Fälle von gleichzeitiger Absprengnng resp. Querbruch der Hinterhauptsschuppe und der 1 Fall von Zerreissung der Halswirbelsäule), 4 Kinder lebend geboren und gesund entlassen.

Von den 5 mit flachem Eindruck behafteten Kindern kamen 4 lebend, 1 todt zur Welt.

Um den Einfluss erkennen zu lassen, welchen das räumliche Missverhältnis in prognostischer Hinsicht für die Kinder hat, die in Beckenenge bei Beckenendlage zur Welt gebracht werden, gebe ich die folgende Übersicht.

Es sollen in dieser die Masse der Conjugata diagonalis und des biparietalen Durchmessers die beiden Faktoren des räumlichen Missverhältnisses ausdrücken, wobei ich bemerke, dass ich selbstverständlich darin eine exakte Darstellung der wirklichen Grösse des räumlichen Missverhältnisses nicht erkenne.

II.

Conj. diag.	Diameter biparict.	Kinder		Bemerkungen
		lebend	todt	
unter 10 cm	unter 9 cm	1		
	9 cm			
	über 9 cm		1	
	Mass fehlt	2		
10—11 cm	unter 9 cm	5	3	
	9 cm	1	3	Von den todtgeborenen Kindern war 1 Kind bereits in der Schwangerschaft abgestorben.
	über 9 cm	14	6	
	Mass fehlt	1		
über 11 cm	unter 9 cm			
	9 cm			
	über 9 cm	7	1	
	Mass fehlt			
		31*)	14	

*) Dazu ein Fall von lebendem Kind mit einem diameter biparict. von 9,2 cm, bei welchem das Mass der Conj. diagonalis nicht vermerkt ist. (Plattes, nicht rachitisches Becken mit einer Conj. externa von 17,1 cm).

Ein besonderes Interesse beanspruchen die Fälle von prophylaktischer Wendung, von denen ich deshalb in Folgendem eine Übersicht gebe, in welcher auch die der Wendung vorausgegangenen in und ausserhalb der Klinik erfolgten Geburten berücksichtigt sind.

III. 23 Fälle von prophylaktischer Wendung.

Nr.	C. diag.	Prophylaktische Wendung bei der wievielsten Geburt	Ausgang für das Kind	Vorausgegangene Geburten	Ausgang für das Kind	Bemerkungen.
1	10	1. Geburt	todt	—	—	Später künstl. Frühgeb. Kind lebt
6	10,4	3. „ 4. „	lebend todt (Perf. d. nachf. Kopfes)	2 mal Perf. bei Schädell.	todt todt	—
8	10,5	2. „ 3. „	lebt todt	1 mal forceps	todt	—
10	10,6	4. „ 5. „	todt lebt	1 mal Wendung u. Perf. d. nachf. Kopfes 1 Fussl. 1 Wend. bei Nabel-Vorfall	todt todt todt	—
14	9,4	5. „	lebt	1 Forc. 3 Wend. bei steh. Blase	todt todt lebt lebt	—
16	10,5	2. „	lebt	1 Kind mit ärztl. Hülfe	lebt	—
17	11,2	6. „	lebt	3 mal forceps 1 mal forceps 1 mal Steissl.	lebt lebt lebt todt lebt	Später eine natürliche Schädellage, leb. Kind
18	10,5	2. „	lebt	1 mal Fussl.	lebt	—
20	9,6	2. „	lebt	1 mal natürl. Geburt	todt	—
25	10,7	3. „	todt	1 mal forceps 1 mal Perforation	todt todt	—
24	11,1	6. „	lebt	1. natürl. Schädell. 2. „ „ 3. „ forceps 4. u. 5. Wendung	lebt todt lebt todt todt	—
26	10,3	2--4 „	lebt lebt lebt	1. Steissl.	todt	—
28	9,6	6. „	todt	1. natürl. Schädell. 2. forceps 3. gemelli 4. Querl. Wendung 5. forceps	todt lebt lebt lebt todt lebt	—
33	11,2	4. „	lebt	1. forceps 2. Fussl. 3. „	todt todt lebt	—
34	11	3. „	lebt	1. natürlich 2. „	todt todt	—
29	11	2. „	lebt	1 „	lebt	—
30	10,6	3. „	todt	1. Wendung 2. „	todt todt	—
32	10,4	2. „	lebt	1. Schädell. Perfor. eines todten Kindes	todt	—

In der Tabelle III ist der Begriff prophylaktischer Wendung etwas weiter ausgedehnt als er wohl meist angenommen wird.

Es sind darunter Fälle nicht blos von bei stehender oder kurze Zeit nach dem Blasensprung vor Fixierung des Kopfes auf dem Beckeneingang ausgeführten Wendungen, sondern auch eine Anzahl solcher, wo schon längere Zeit seit dem Blasensprung verflossen war und eine ungünstige Constellation bereits vorlag, welche einen andern Ausweg als die Wendung oder Perforation kaum offen liess.

Um so mehr scheinen die in den 23 Geburten erreichten Resultate zu Gunsten der Wendung zu sprechen. Abgesehen, davon, dass sämtliche Mütter gesund zur Entlassung kamen, ist auch das Verhältnis von 7 todten zu 16 lebend geborenen und am Leben erhaltenen Kindern kein ungünstiges. Letzteres erscheint aber im besonders günstigem Licht, wenn wir die Resultate der früher erfolgten Entbindungen in Betracht ziehen.

Wir finden unter den früheren Geburten 11 mit forceps beendete, welche 5 mal todte, und 6 mal lebende Kinder ergaben.

Dabei fallen 4 Forcepsfälle auf ein und dieselbe Frau, bei welcher 3 mal poliklinisch eine Beckenausgangszange mit lebendem Kind angelegt wurde, 1 mal von einem Privatarzt 1 Kind todt extrahiert ist.

In 4 Fällen ist die Perforation bei Schädellage gemacht, in 10 Fällen die Wendung mit 8 Todtgeburten.

6 mal kamen Beckenendlagen

9 mal natürliche Geburten in Schädellage vor.

Bei den Beckenendlagen starben 3, bei den natürlichen Geburten 5 Kinder.

Schliesslich ist bei einer Geburt mit Kunsthülfe, über deren Art nichts Näheres in Erfahrung gebracht werden konnte, 1 Kind lebend geboren.

Es stehen also den 23 in der Klinik ausgeführten prophylaktischen Wendungen mit 7 todten Kindern gleich 30,435 % 40 frühere Geburten (darunter eine Zwillingsgeburt) von einem Teil derselben Frauen mit 25 todten und 16 lebenden Kindern gleich 60,976 % Todtgeburten gegenüber.

Letzteres Ergebnis fällt nicht nur für die prophylaktische Wendung ins Gewicht, sondern beweist auch, dass in den der

Untersuchung zu Grunde gelegten Fällen unerheblich verengte Becken resp. Fälle von geringem räumlichen Missverhältnis höchstens in kleiner Minderzahl enthalten sein können.

Fassen wir nun noch einmal die Ergebnisse, welche sich für die in Beckenendlage verlaufenen Geburten herausstellen, zusammen, so finden wir:

5 Fälle von primärer Beckenendlage mit 2 todten Kindern und 41 Wendungsfälle, davon

4 wegen Querlage mit 1 todtem Kind

14 wegen Nabelschnurvorfall mit 3 unter der Geburt gestorbenen und 1 maceriertem Kind,

23 Fälle von prophylaktischer Wendung mit 7 todten Kindern.

Ich verhehle mir nicht, dass die Zahlen, welche in der hiermit abschliessenden Arbeit vorgelegt sind, viel zu klein sind, um darauf weitergehende Schlüsse über den Werth der prophylaktischen Wendung zu bauen.

Ein gewisser Werth wohnt diesen Zahlen aber sicherlich bei. Es liegt darin das Ergebnis einer reichlich 6jährigen klinischen Erfahrung.

Diese Erfahrung verdient um so mehr einige Beachtung, als sie gleichzeitig eine nahezu individuelle ist, weil in erheblicher Mehrzahl die mitgeteilten in der Klinik ausgeführten Operationen von dem Direktor der Klinik Herrn Professor Werth gemacht worden sind. —

Und die hier gemachte Erfahrung, — das geht wohl zweifellos aus dem vorgelegten Material hervor, — spricht sehr zu Gunsten der unter richtigen Voraussetzungen zum Zwecke der Prophylaxis bei engem Becken ausgeführten Wendung.

Zum Schluss gestatte ich mir noch, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Werth für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Julius Reese, wurde am 3. Februar 1862 in Neumünster geboren. Meine Schulbildung erhielt ich in meinem Heimatsorte und in Altona, wo ich Ostern 1885 das Maturitätsexamen bestand. Ich studierte darauf in Kiel, München und Berlin und zwar in den beiden letzten Universitätsstädten je 2, in Kiel 6 Semester. Am Schluss des Sommer-Semesters 1887 bestand ich das Tentamen physicum in München. Im Sommer dieses Jahres absolvierte ich das medizinische Staatsexamen sowie das Rigorosum hier in Kiel. Meiner Militärpflicht mit der Waffe genügte ich im Winter 1885/86.

Thesen.

1. Die prophylaktische Wendung ist bei mittleren und geringen Graden der Beckenverengung zu empfehlen.

2. Die Behandlung der Trunksucht hat mit der Beseitigung des in der Regel bestehenden Magenkatarrhs zu beginnen.